



Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	Si notification par un biologiste
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



DASS
Direction des Affaires
Sanitaires et Sociales

Arboviroses*
(Dengue, chikungunya, Zika,...)

* : Maladies infectieuses virales ayant pour vecteur les arthropodes hématophages

IMPORTANT : cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié et sans délai au médecin inspecteur de la DASS-NC. Cette fiche peut être utilisée pour signaler tous les cas, y compris ceux sans prélèvement. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment du signalement, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : M F Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____

Adresse exacte du domicile : _____ Téléphone : _____

Quartier : _____ Tribu : _____ Code Postal Commune : _____ Date de notification : _____

LA MENTION D'UNE ADRESSE EST INDISPENSABLE POUR L'INITIATION RAPIDE DE LA LUTTE PERIFOCAL

Autres adresses exactes (professionnelle, scolaire,...) : _____

_____ Téléphone : _____

Contexte épidémiologique :

Voyage hors NC récent : Non Oui où ? _____

Date de retour : _____

Notion d'antécédents de Dengue : Non Oui Année : _____ Lieu : _____ Type : _____

Notion d'antécédent de Chikungunya : Non Oui Année : _____ Lieu : _____

Notion d'antécédent de Zika : Non Oui Année : _____ Lieu : _____

Clinique :

Date d'apparition des signes : _____ Fièvre : Non Oui Température en °C : _____

Autres signes présents

Début brutal Courbatures, myalgies Céphalées Douleurs articulaires Douleurs rétro-orbitaires

Nausées/vomissements Diarrhée Eruption cutanée Hyperhémie conjonctivale Oedèmes

Signes hémorragiques Précisez (purpura, épistaxis...) : _____

Signes de Choc Précisez (hypotension, pouls filant...) : _____

Autres symptômes (à préciser) : _____

Evolution : Guérison Oui Non Ne sait pas

Hospitalisation Oui Non Ne sait pas Si oui, date d'admission : _____

_____ Date de sortie : _____

Décès Oui Non Ne sait pas Si oui, date du décès : _____

Prélèvements effectués (minimum 1 tube sec par maladie recherchée) : Oui Non

Date de prélèvement : _____ soit **J** _____ (J0 correspond au premier jour des signes cliniques)

Précisez : Prélèvement initial 2^{ème} prélèvement

CADRE À REMPLIR PAR LE LABORATOIRE

Analyses réalisées : Dengue (D) - Chikungunya (C) - Zika (Z) - Autres _____

Profil précoce : { ARN Viral (RT-PCR) Résultat : Positif Négatif Douteux

{ Antigène NS1 strip (D) Résultat : Positif Négatif Douteux

{ Antigène NS1 ELISA (D) Résultat : Positif Négatif Douteux

Profil tardif : IgM : IgG : Résultat : Positif Négatif Douteux

Hématologie : GB : _____ Plaq : _____ Hte : _____

Virus (D,C ou Z) Type (D1, 2, 3 ou 4) Non typé

Conclusion DASS-NC : cas suspect cas probable cas confirmé

Maladie à déclaration obligatoire (délibération 423 du 26 novembre 2008) - Cette fiche fait l'objet d'un traitement informatique automatisé déclaré à la CNIL. Conformément à la loi du 6 janvier 1978, le patient ou le médecin déclarant ont le droit d'accès et de rectification immédiat au fichier par demande directe au médecin inspecteur de la DASS-NC.

